

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N^o

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR •

Félix-Antoine RAYMOND DIAZ

Né à Saint-Domingue, le 18 mars 1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FORMES URINAIRES PURES

DE

L'APPENDICITE RÉTRO-CÆCALE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

871

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Félix-Antoine RAYMOND DIAZ

Né à Saint-Domingue, le 18 mars 1900

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

FORMES URINAIRES PURES

DE

L'APPENDICITE RÉTRO-CÆCALE

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1929

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale . .	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	{ CARNOT.
	{ BEZANÇON.
	{ ACHARD.
	{ M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale	{ DELBET.
	{ HARTMANN
	{ LEJARS.
	{ GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	{ BRANCA.
	{ MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN. . . Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.). Pathologie médicale.
 BINET Physiologie.
 BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
 BROCC Pathologie chirurgicale
 BRULÉ. . . . Pathologie médicale.
 CADENAT . . . Pathologie chirurgicale.
 CATHALA . . . Pathologie médicale.
 CHABROL . . . Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. Pathologie médicale.
 De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DOGNON. . . . Physique.
 DONZEEOT . . Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GARNIER . . . Pathologie expérimentale
 GASTINEL . . Bactériologie.
 GATELLIER . . Pathologie chirurgicale
 GIROUD Histologie.
 HARVIER. . . . Pathologie médicale.
 HOVELACQUE Anatomie.
 HUTINEL. . . . Pathologie médicale.
 JOANNON. . . . Hygiène.
 JOYEUX Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
 LEMAITRE. . . Oto-rhino-laryngologie.
 LEROUX. . . . Anatomie pathologique.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LIAN. Pathologie médicale.
 MERCIER (F.). Pharmacologie.
 MONDOR. . . . Pathologie chirurgicale
 MOREAU. . . . Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON. Histologie.
 OBERLING. . . Anatomie pathologique
 OLIVIER. . . . Anatomie.
 PIÉDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU. Pathologie chirurgicale.
 RICHEL. Physiologie.
 SÉZARY Dermatologie et Syphiligraphie.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) . . . Pathologie médicale
 VAUDESCAL. Obstétrique
 VELTER. Ophtalmologie.
 VERNE. Histologie.
 VIGNES. Obstétrique.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET. Pharmacologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LEQUEUX Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE. . Parasitologie.
 RETTERER. Histologie.
 ZIMMERN. Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ALGLAVE . . Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE Clinique médicale.
LE LORIER, . Clinique Obstétricale.

MM.

LERI. Clinique médicale.
MOCQUOT. . Clinique chirurgicale.
PROUST. . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY. Stomatologie.
CHAILLEY-BERT. Education physique.
LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Qui dès mon enfance a su m'enseigner l'amour du travail et qui durant toutes mes études a été mon guide et mon soutien le plus éclairé.

Pour lui exprimer ma profonde affection et ma reconnaissance que les mots ne sauraient traduire.

A MON PÈRE

A DELIA

A MONSIEUR ERNEST BONETTI BURGOS

Président de la Chambre des Députés
de la République Dominicaine.

Grand et bon ami, qui m'a toujours justifié la sincérité de son affection, en témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU

Professeur de Clinique urologique à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien de l'hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*En remerciement du grand hon-
neur qu'il nous a fait en nous accueil-
lant dans son service de l'hôpital
Necker et en acceptant la prési-
dence de cette thèse.*

*En témoignage de ma respec-
tueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine
de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de la Salpêtrière

Membre de l'Académie de Médecine

Grand officier de la Légion d'honneur

En témoignage de notre reconnaissance pour ses conseils et son accueil lors de notre séjour dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HEITZ-BOYER
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU
M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUDESCAL
M. LE PROFESSEUR CLAUDE
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVY-VALENSI
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MARION
M. LE PROFESSEUR TERRIEN
M. LE PROFESSEUR GUILLAIN
M. LE DOCTEUR MILIAN

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUME

Chef de Clinique urologique à l'hôpital Necker

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse, nous a permis d'utiliser
les nombreuses observations per-
sonnelles qu'il possédait et nous a
guidé dans notre travail.*

*Témoignage de notre très vive
reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE

DE M. LE DOCTEUR FRANÇOIS ALVAREZ G.

*A qui nous devons nos premiers
pas dans la médecine.*

*En témoignage de notre pro-
fonde reconnaissance.*

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR PIERRE E. DE MARCHENA

Professeur à la Faculté de Médecine de Saint-Domingue
(Rép. Dominicaine).

*En témoignage de notre recon-
naissance pour ses bons conseils,
pour la distinction qu'il nous a tou-
jours montré, et son accueil lors
de notre séjour auprès de lui.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIERRE B. COISCOU

*Avec mes hommages respec-
tueux.*

AUX PROFESSEURS DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE SAINT-DOMINGUE
(Rép. Dominicaine).

A MES CONFRÈRES

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

Messieurs les Docteurs : RAPHAEL VASQUEZ P., FÉLIX GOICO, RAPHAEL ALBERT, LIC. FRANÇOIS H. GOMEZ O., LIC, RAPHAEL LLUBERES, TOMAS RAMIREZ.

En souvenir des heures inoubliables que nous avons vécues ensemble.

A MES CAMARADES DE COURS

Expression de mon amitié.

A MESSIEURS :

RICARDO PÉREZ, JOSEPH M. PUIG, D^r JOSEPH D. ALFONSECA, D^r JEAN GOSSET, D^r B. PUICOUYOUL, F. OSVALDO PINEYRO, VICENTE URÉNA R., PIERRE O. URÉNA R., JULES M. CASADO, L. BLANCO CASADO, EDUARDO PÉREZ, JULES ROSARIO, L. ELECTO VICIOSO, LOUIS E. VICIOSO, C. ANTOINE GUERRERO, GUILLERMO AVILES M., RENÉ A. LA-GAZY, EDMOND PRÉVOST, JOSEPH R. LUNA T., JOSEPH M. BONETTI, ELISEO ALFAU P.

*En témoignage de ma bonne
amitié.*

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOTZ

*En remerciement de ses bons con-
seils au sujet de cette thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ASSELIN

*En remerciement de l'utile col-
laboration qu'il a bien voulu m'ap-
porter pour la mise au point de
cette thèse.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
FORMES URINAIRES PURES
DE
L'APPENDICITE RÉTRO-CÆCALE

INTRODUCTION

Durant notre séjour à la clinique urologique de l'hôpital Necker, dans le service de M. le Professeur Legueu nous avons eu l'occasion d'examiner plusieurs malades se présentant au premier abord comme des urinaires vrais, traités comme tels depuis des mois sans le moindre succès, et chez qui l'examen clinique et radiologique approfondis ont permis de faire le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale. L'intervention pratiquée a confirmé ce diagnostic. L'examen histologique a montré des lésions appendiculaires nettes. Et les troubles urinaires qui avaient amené ces malades dans un service spécial ont complètement disparu du fait de la seule appendicectomie. Ces malades sur lesquels M. le Dr Gaume, chef de clinique à la Clinique Urologique de l'hôpital Necker, avait attiré notre attention nous ont paru particulièrement intéressants.

De plus, M. le Dr Gaume a bien voulu nous communiquer un certain nombre d'observations concernant des malades chez qui il a dépisté sous le masque d'une pyélonéphrite, d'une colibacillurie, d'une néphrite hématurique, une appendicite rétro-cæcale jusque là ignorée. Ces malades ont été guéris radicalement par l'appendicectomie ; ils ont été régulièrement suivis depuis l'intervention et depuis des années n'ont plus présenté les signes urinaires qui les avait amenés à consulter.

Les formes purement urinaires de l'appendicite rétro-cæcale existent donc. Elles sont peut-être plus fréquentes qu'on ne le croit communément. Aussi nous semble-t-il intéressant d'étudier ces formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale dont le diagnostic permettra souvent de vaincre des troubles urinaires rebelles à toute thérapeutique usuelle, car ils relèvent uniquement de l'appendicectomie.

HISTORIQUE

Les formes urinaires de l'appendicite sont à l'heure actuelle devenues une notion classique. Mais il semble que sous cette dénomination on ne considère que des complications d'une appendicite soit aiguë, soit chronique. Les signes appendiculaires dominent toujours le tableau clinique, les signes urinaires sont au second plan, traduisant d'une localisation spéciale ou d'une complication de cette affection. Toujours la relation de causes à effets s'impose rapidement.

En effet, depuis la fin du xix^e siècle, époque à laquelle l'appendicite est vraiment bien connue, on note un grand nombre de travaux sur ce sujet. Tout d'abord on n'étudie que les complications urinaires de l'appendicite aiguë comme le phlegmon périnéphrétique et les complications vésicales dues aux abcès appendiculaires pelviens. Plus tard Dieulafoy décrit des lésions rénales au cours de l'appendicite réalisant ce qu'il appelle le « rein appendiculaire ». En réalité, il semble surtout envisager les phlegmons périnéphrétiques et les abcès du rein compliquant une appendicite aiguë.

Les troubles urinaires au cours de l'appendicite ne sont connus que plus tard. Guyonneau et Arnal con-

sacrent leurs thèses aux troubles urinaires et aux complications urinaires de l'appendicite. Bérard et Vignard dans leur importante étude de l'appendicite font une large part aux formes urinaires et aux complications urinaires de cette affection sans toutefois attirer l'attention sur le fait qui nous intéresse, à savoir : que l'appendicite peut se présenter sous le masque d'une affection urinaire pure sous laquelle on doit savoir la déceler.

De 1910 à 1914, l'attention des chirurgiens est pourtant de plus en plus attirée vers cette importante question. Leroy (de Lille) présente sa thèse sur les hématuries urétéro-rénales et l'appendicite. Nové Josserand et Fayol écrivent un important mémoire sur les hématuries appendiculaires dans lequel ils distinguent : les hématuries des formes suraiguës, aiguës, chroniques de l'appendicite et des hématuries post-opératoires. Enfin en 1914 la question des hématuries dans l'appendicite est mise au point par M. le Professeur Legueu dans une de ses leçons magistrales.

Tous ces travaux concordent bien à prouver l'existence de troubles urinaires dans l'appendicite soit aiguë, soit chronique. Mais dans tous, ou bien la relation de cause à effet s'imposait entre les troubles urinaires et l'appendicite dont ils constituaient soit un aspect clinique un peu spécial, soit une complication ; ou bien le lien appendiculaire n'était décelé que tardivement à l'occasion d'une complication, à plus ou moins grand fracas de cette appendicite.

Il faut arriver en 1913 pour voir apparaître la première observation de forme urinaire pure de l'appendicite. C'est la publication de MM. Proust et Gayet sur un cas de pyélonéphrite guéri par l'appendicectomie. Ce cas, particulièrement intéressant, fait l'objet d'un rapport de Walther à la société de chirurgie en juillet 1914 sous le titre de pyélonéphrites d'origine appendiculaire.

Le rapport de Walther et la discussion qui le suivit à la séance du 15 juillet 1914 de la Société de Chirurgie de Paris mérite d'attirer un instant notre attention. Il nous montre d'abord l'existence d'une forme urinaire pure de l'appendicite, mais il nous montre surtout combien ces formes sont peu connues à tel point que certains chirurgiens n'hésitent pas à mettre en doute leur existence.

Dans l'observation de MM. Proust et Gayet il s'agit d'une fillette de 5 ans soumise à l'examen de M. Proust au début de 1911. Examen pratiqué par mesure de prudence, à la demande des parents de cette enfant dont le frère et la sœur venaient de présenter des crises graves d'appendicite.

L'examen paraît avoir été négatif. Mais à l'automne 1911, brusquement survient une attaque de cystite avec mictions fréquentes, purulentes, élévation de la température à 39°. Un traitement vésical est institué, l'urine reste purulente, la température se maintient à 39°.

M. Proust voit l'enfant à ce moment et pense à une affection rénale ou à un abcès ouvert dans la

vessie. Une radiographie est pratiquée qui élimine toute lithiase rénale. La recherche des bacilles de Koch dans les urines reste négative, l'inoculation au cobaye pratiquée reste sans résultats dans le sens de la tuberculose. Le toucher rectal a depuis longtemps éliminé l'hypothèse d'un abcès pelvien.

On se trouve donc en présence d'une cystite aiguë, fébrile. L'examen de l'enfant montre une série de points douloureux urétéraux, mais surtout une douleur nette dans la région appendiculaire. M. Proust ayant parlé de ce cas à M. Jalaguier celui-ci lui affirme avoir vu des cas de pyurie appendiculaire. L'enfant mise au régime strict (repos au lit et bouillon de légume); la température tombe aux environs de 37° mais la pyurie persiste. M. Proust intervient alors, et pratique l'appendicectomie. La guérison est obtenue, complète, définitive. Revue 3 ans après la petite malade n'a plus jamais présenté ni pyurie, ni cystite.

M. Walther ayant rapporté cette observation insiste sur le fait que les pyélonéphrites dans l'appendicite chronique sont pratiquement inconnues jusque-là. Il rappelle que toute la bibliographie de cette question se résume encore à deux observations de Jalaguier ayant trait à des pyélonéphrites avec rétention guéries par appendicectomie et rapportées par Guyonneau dans sa thèse. Quant à lui, M. Walther, a recherché dans ses observations des cas identiques et conclut que la pyélonéphrite est rare dans l'appendicite car il ne retrouve qu'une

observation personnelle de colibacillurie avec poussée de pyélonéphrite résultant d'une còlite droite avec épiploïte et guéries par l'intervention seule.

Dans la discussion qui suit le rapport, M. Pierre Bazy discute le fait qu'il puisse y avoir des relations entre l'appendicite et la pyélonéphrite. Pour lui, rien, dans l'observation de M. Proust et Gayet ne prouve que l'appendicectomie ait guéri la pyélite. L'enfant a été traitée par le régime et par le repos au lit. C'est là la seule cause du succès. Il réclame d'autres observations identiques pour se faire une opinion car pour lui l'opération n'a été pour rien dans la guérison.

Comme on le voit l'observation de M. Proust et Gayet est particulièrement intéressante. Tout d'abord elle établit l'existence de forme urinaire pure de l'appendicite, mais surtout elle fait ressortir deux faits capitaux à notre avis : c'est d'une part la méconnaissance totale de cette forme de l'appendicite par la majorité des chirurgiens, même les plus éminents, de cette époque toute proche encore, et d'autre part, le fait qu'une colite droite avec épiploïte a pu entraîner les mêmes troubles et se trouver guérie par l'intervention. Notons ce dernier point sur lequel nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement.

A la suite de la guerre l'étude des formes urinaires de l'appendicite est reprise activement et surtout depuis qu'en 1922 M. Heitz-Boyer a décrit et individualisé le syndrome entéro-rénal des tra-

vaux importants ont été publiés sur cette question. C'est d'abord la thèse de Bouvier en 1924 sur les formes hématuriques du syndrome entéro-rénal, dont l'appendicite chronique est un des aspects les plus fréquents ; c'est surtout un article de M. Guy-Laroche dans le *Paris Médical* du 2 août 1924 sur les formes urinaires de l'appendicite chronique et enfin la thèse de Laquierre en 1926 sur les rapports du rein droit et de l'appendicite au point de vue pathologique.

L'article de M. Guy-Laroche est pour nous spécialement intéressant ; car s'il décrit diverses formes urinaires de l'appendicite chronique il insiste avec force sur deux points qui nous paraissent capitaux.

1^o Pour lui il s'agit généralement d'appendicite rétro-cæcale dans la genèse des formes urinaires de l'appendicite chronique ;

2^o Pour lui encore le diagnostic de ces formes sera souvent difficile et reposera sur un examen méthodique approfondi, complet, du malade dans lequel une part importante sera donnée à l'examen sous écran.

Quant à la thèse de Laquierre elle est également pour nous un document de grande valeur, non pas tant du fait qu'elle prouve surabondamment la possibilité des formes urinaires de l'appendicite rétro-cæcale, mais surtout parce qu'elle rapporte un certain nombre d'observations intéressantes à étudier. En effet ces observations nous montrent que, si le rapport entre appendicite rétro-cæcal et troubles

urinaires avait été connu, un certain nombre de malades, se présentant comme des urinaires purs et non curables par la thérapeutique usuelle, auraient pu être radicalement guéris par la simple appendicectomie.

Etudions par exemple l'observation de Chrelitzer rapportée par Laquierre à la page 26 de sa thèse. Il s'agit de l'observation d'une femme venant consulter pour douleurs rénales droites, syncopales, apparaissant plusieurs fois par jour avec vomissements et gonflement de l'abdomen. Les mictions sont douloureuses, les urines troubles, rosées. Pendant la crise frissons et fièvre.

A l'examen reins non palpables. Point douloureux cæcal. Urines claires, leucocytes, coli. L'examen radiographique élimine la lithiase. Les examens de spécialité urinaires font faire le diagnostic d'uretélite avec colibacillurie.

Dans les jours qui suivent, violente crise douloureuse, les urines deviennent fétides, d'odeur fécaloïde.

Chrelitzer pense à une appendicite rompue dans l'uretère. Un urologue connu n'est pas de cet avis et fait une néphrectomie.

Pas d'amélioration et dans une seconde intervention on vérifie le diagnostic de Chrelitzer (Appendice entièrement accolé à uretère avec une toute petite communication).

Cette observation se passe de commentaire. Il s'agit de toute évidence d'une appendicite rétro-

cæcale et dans le premier stade de la maladie ou phase d'urétérite si l'on avait pensé à l'appendicite rétro-cæcale et pratiqué la série des examens nécessaires il est de toute évidence que la guérison serait survenue. Au contraire la méconnaissance de cette forme bien spéciale de l'appendicite a coûté un rein à la malade de Chrelitzer et a entraîné chez elle deux interventions dans des conditions particulièrement délicates.

C'est encore dans la thèse de Laquierre que nous trouvons citée une observation de Granville-Mac Govan se rapportant à un homme de 46 ans, traité sans succès pendant des mois pour bactériurie droite et chez lequel la radiographie de l'intestin rencontre une stase cæcale marquée.

L'intervention montre un appendice rétro-cæcal adhérent, des adhérences du côlon droit à la paroi abdominale et à la vessie. On libère les adhérences, on fait l'appendicectomie, et l'observation se termine par ces quelques mots : « Amélioration de l'état intestinal. Guérison de la bactériurie ».

Laquierre tire de cette observation la conclusion que l'appendicite rétro-cæcale peut entraîner la bactériurie et partant de là la pyélonéphrite et la néphrite droite, suivant l'opinion démontrée par Heitz-Boyer. Certes dans cette observation il se peut que l'appendice ait été l'épine irritative ayant déclenché les accidents de cõlite présentés par le malade et générateurs de bactériurie. On serait cependant heureux de savoir si l'appendice présen-

tait quelques lésions. Car si nous rapprochons cette observation du cas rapporté par Walther dans son rapport du 15 juillet 1914 à la Société de Chirurgie de Paris et d'une observation que nous publions appartenant à M. le docteur Gaume nous devons insister sur ce fait : que ce n'est pas seulement l'appendicite rétro cæcale qui pourra se présenter sous les apparences d'une affection urinaire, mais que toute cõlite en utéro-cõlite, épiploïte pourra donner naissance à des syndromes identiques. Dans ces cas l'appendicectomie pourra peut-être parfois donner des résultats si la lésion appendiculaire était à la base des troubles observés ; mais dans la grande majorité des cas l'appendicite chronique n'existe pas et l'intervention n'amènera pas la rétrocession d'accidents qui au contraire guériront par un traitement médical ou chirurgical approprié.

On le voit le problème du diagnostic des formes urinaires pures de l'appendicite chronique est beaucoup plus complexe qu'au premier abord. Pour indiquer l'appendicectomie et attendre d'elle une guérison des troubles urinaires il faut avoir fait un diagnostic certain d'appendicite rétro-cæcale. Ce diagnostic est souvent difficile et nous étudierons par ailleurs le détail des signes cliniques et radiologiques qui permettent de le poser.

■

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hématurie.

M. H... Emile, âgé de 32 ans, entre à la Clinique urologique de l'Hôpital Necker, salle Velpeau, le 19 avril 1929, pour hématurie.

Le début des accidents urinaires remonte au mois de janvier 1929. Le malade a présenté brusquement une hématurie abondante survenant sans cause, sans douleurs, sans troubles vésicaux ni rénaux. Durant une dizaine de jours le malade a continué à uriner du sang. L'examen des urines ne montre ni Bacilles de Koch, ni pus, ni microbes. A la cystoscopie vessie saine. A la radio aucun calcul.

Ces accidents ont toutefois nécessité l'entrée du malade à Necker.

L'examen pratiqué ne montre ni gros rein, ni douleur sur le trajet de l'uretère et dans la région rénale. Il existe cependant un point douloureux net dans la fosse iliaque droite,

Un examen histo-bactériologique des urines montre qu'il n'existe ni microbes ni pus, mais quelques hématies.

On pratique une cystoscopie, un cathétérisme des uretères et une pyéloscopie.

A la cysto. — Vessie saine.

Orifices normaux.

Cathétérisme. — Se fait facilement. Il permet :

1° D'étudier au point de vue histo-bactériologique les urines de chaque rein :

Rein droit	Rein gauche
—	—
Pas de pus	Pas de pus
Pas de microbes	Pas de microbes
Très nombreuses cellules	Très nombreuses cellules

2° De pratiquer un examen fonctionnel :

Rein droit	Rein gauche
—	—
Eau en 1/2 heure..... 18	13
Chlorures au litre..... 8,5	10,1
Chlorures en 1/2 heure. 0,15	0,13
Urée au litre..... 8,82	9,57
Urée en 1/2 heure.... 0,15	0,12

La pyéloscopie :

Evacuation normale.

Bassinets normal.

On est donc en présence d'un sujet ayant présenté une hématurie, seul symptôme. Hématurie ne s'accompagnant d'aucun trouble clinique appréciable du côté de l'appareil urinaire et survenant chez un sujet dont le bassinet paraît normal et la valeur fonctionnelle de chaque rein parfaite.

On attache donc une grosse importance à la douleur de la fosse iliaque droite; et avant de pratiquer une radiographie et une radioscopie de l'intestin l'interrogatoire du malade révèle des antécédents intéressants.

Le sujet spécifique traité, a présenté entre 1919 et 1927 une

série de crises douloureuses épigastriques intéressantes à connaître. Ces crises débutent brusquement sans horaire fixe. Il s'agit d'une douleur d'intensité moyenne siégeant dans la partie droite de la région épigastrique, douleur ne s'accompagnant ni de vomissements ni de nausées, et calmée par l'ingestion d'aliments. Ces crises durent de 8 à 10 jours et sont assez espacées par des périodes de rémission très longues.

En 1927 les douleurs s'accusent davantage. Elles ne sont plus calmées par les aliments. Elles ne s'accompagnent d'aucun vomissement mais d'une constipation opiniâtre.

Le malade examiné par son médecin est radiographié. On trouve une image d'ulcus duodénal. Un traitement médical est institué et quelques mois après une autre radiographie faite par un autre médecin montre un estomac et un duodénum normal.

On se trouve donc en résumé en présence d'un sujet de 32 ans, spécifique traité, ayant dans ses antécédents des crises douloureuses épigastriques mal définies et rapportée à un ulcus duodénal qu'un traitement médical à trop rapidement guéri pour que le premier diagnostic radiologique puisse être pris en considération. Ce sujet vient de faire une hématurie, seul symptôme, et présente un point douloureux dans la forme iliaque droite.

En présence de cette négativité de tous les examens de spécialité urinaire, M. le Dr Gaume pense à l'appendicite rétro-cæcale et fait pratiquer une radioscopie et une radiographie du gros intestin.

La radioscopie pratiquée à Necker par M. le Dr Truchot, électro-radiologiste des Hôpitaux, montre un cæcum un peu

baseulé vers l'ombilic et un point douloureux situé juste au-dessous de la valvule.

Le diagnostic d'appendicite rétro-cæcal est posé et l'intervention pratiquée.

Intervention (Dr Gaume) — Incision de Mac Burney. Cæcum mobile qu'on extériorise facilement. L'appendice est rétro-cæcal et sa pointe adhère légèrement à la paroi postérieure du cæcum.

Appendicectomie au thermocautère.

Enfouissement.

Paroi en 3 plans.

Les suites opératoires sont parfaites, la température qui atteint 38° le soir de l'intervention est à 37° le surlendemain. Le malade sort le 9^e jour.

Depuis cette époque le malade n'a plus présenté de crise douloureuse ni d'hématurie.

OBSERVATION II (Inédite)

(Dr Gaume).

Cystite à coli. Hématurie

Mme D..., 30 ans.

Vue en juin 1928, cette malade présente depuis près d'un an des troubles urinaires. Il s'agit de crises de cystite à colibacilles durant 15 jours et se répétant fréquemment. La malade a présenté en outre 15 jours avant le premier examen une hématurie abondante.

Depuis deux mois la malade accuse des troubles douloureux abdominaux : météorisme après les repas, nausées, pas de constipation.

L'interrogatoire de la malade montre que celle-ci a eu une pleurésie gauche il y a 4 ans. Jamais elle n'a eu de crise d'appendicite franche. Elle présente cependant parfois des douleurs lombaires vagues, siégeant avec prédominance du côté droit.

L'examen montre que l'appareil urinaire est normal à l'examen clinique. Il existe un point douloureux appendiculaire net. L'examen des urines montre que celles-ci sont troubles, contenant du pus et des colibacilles.

L'examen fonctionnel n'est pas fait.

L'examen radiologique de l'intestin localise le point douloureux au point d'implantation de l'appendice et au bord interne du cæcum.

L'intervention pratiquée par le Dr Gaume montre :

Appendice rétro-cæcal adhérent. Rétraction du méso.

Petit semis de granulations sur le péritoine du bas fond cœcal et de la base de l'appendice.

Ablation de l'appendice. Enfouissement au catgut oo. Fermeture sans drainage.

Examen histologique (Dr Verliac) : montre *deux ordres* de lésions.

1^o Lésion ancienne, banale de l'appendice caractérisée par une atrophie glandulaire irrégulièrement répartie et une transformation scléreuse de la sous muqueuse.

2^o Lésions récentes caractérisées par une éruption récente granulique tuberculeuse superficielle péritonéale. Les granulations constituées par des amas cellulaires épithéloïdes et à noyaux multiples ne montrent aucun point de dégénérescence caséuse et sont parfois entourées d'un petit anneau de sclérose jeune en évolution.

Cette malade a été ensuite envoyée 3 mois à la campagne puis a repris son existence parisienne. Elle a été revue en octobre 1929 et se porte parfaitement bien. Ses troubles digestifs et urinaires ont disparu complètement depuis l'appendicectomie.

OBSERVATION III (inédite)

(Dr Gaume)

Colibacillurie

Mme Le V..., 31 ans.

Vue le 9 juillet 1927 pour une cystite qui dure depuis 1 mois 1/2. Elle a déjà eu des crises semblables depuis deux ans et n'a jamais été complètement guérie malgré un traitement bien conduit avec des antiseptiques urinaires et la vaccinothérapie. Toujours entre les crises elle présente des urines troubles.

Cette malade est soignée d'autre part pour une entéro-côlite : diarrhée par crises, météorisme après les repas, flatulence. On ne retrouve chez cette malade aucune crise nette d'appendicite.

A l'examen. — Pas de ptose rénale droite. Utérus en rétroversion, annexes saines.

Point douloureux appendiculaire net.

On pratique l'examen complet de la malade.

1^o Examen histologique des urines : pus, nombreux colibacilles.

2^o Examen fonctionnel :

Cystoscopie. — Vessie saine.

Orifice urétéral droit légèrement congestionné.

Orifice urétéral gauche : normal.

Peut-être y aurait-il un orifice diverticulaire au-dessus de l'orifice urétéral gauche.

Cathétérisme :

Urines, échantillon droit : quelques coli-bacilles.

Urines, échantillon gauche : normale :

Examen fonctionnel : égalité fonctionnelle.

Radioscopie :

1° Cystoradiographie. Pas de diverticule ; il s'agit d'une cellule.

2° Radioscopie de l'intestin. — Gros cæcum atone, très bas situé.

Point douloureux appendiculaire.

Un second point douloureux sur le côlon transverse, semble être un point d'épiploïte.

Intervention (D^r Gaume) le 20 juillet 1929.

Appendice rétro-cæcal adhérent.

Ablation de l'appendice, enfouissement du moignon au catgutt oo.

Ablation de la moitié droite du grand épiploon qui n'a pas un aspect normal (épiploïte).

Examen de la pièce (D^r Verliac). — Appendice assez long dont la pointe est obstruée sur une longueur de 5 à 6 cm.

Au niveau de la pointe oblitération totale.

La muqueuse et la sous muqueuse sont totalement remplacées par un bloc de tissu fibreux. La musculature persiste ; ses couches circulaires internes sont à peine touchées par la sclérose.

Ailleurs, paroi très mince, atrophie glandulaire extrê-

mement marquée, disparition presque totale du tissu lymphoïde. Sclérose sous muqueuse, la musculature paraissant à peu près intacte.

Conclusion. — Appendicite chronique atrophique à tendance oblitérante.

Cette malade revue en octobre 1929 se porte très bien depuis l'intervention. Ses urines sont claires.

OBSERVATION IV (inédite)

(Dr Gaume).

M. Louis T...

Présente le 28 janvier 1926 une hématurie totale, abondante, sans douleur, qui dure 10 jours.

Le 28 avril 1926 le malade a une crise douloureuse dans le flanc droit, accompagnée de fièvre, vomissements et d'une hématurie légère.

En mai 1926 le malade consulte à la Salpêtrière dans le service de M. le professeur Gosset. Un premier et un second examen fonctionnel de l'appareil urinaire est pratiqué dans ce service au mois de juillet 1926. Les urines sont troubles et ne contiennent pas de bacilles de Koch. Mais il y a une légère déficience fonctionnelle du rein droit. On décide de pratiquer le 28 août 1926 une lombotomie exploratrice du côté droit (Dr Charrier). L'uretère, le rein droit paraissant normaux, on se contente de l'intervention exploratrice.

En octobre 1926 nouvelle crise douloureuse avec hématurie, fièvre et urines troubles.

En 1927 nouvelles crises en avril, mai, juin, juillet. Lors de cette dernière crise les urines sont très troubles et con-

tiennent du pus et de très nombreux coli-bacilles. On pratique un traitement vaccinothérapique par piqûres sous-cutanées (12 piqûres).

En août et septembre 1927 nouvelles crises.

Le malade entre à Necker en septembre 1927. Les crises dont il se plaint durent en moyenne 3 heures ; elles débutent dans le flanc droit, la douleur est abdominale et non lombaire il n'y a pas d'irradiations douloureuses basses vers les bourses.

Chacune des crises douloureuses s'accompagne de vomissements, elles se répètent environ deux fois par mois et de temps en temps s'accompagnent d'hématurie.

Le malade n'est pas un constipé chronique, mais il a de temps en temps de la diarrhée et présente un état saburral des voies digestives en même temps qu'il accuse des digestions pénibles.

De plus en 1926 le malade a une crise nette d'entéro-côlite avec des selles caractéristiques.

Une radioscopie du côlon est faite. Le lavement monte facilement. Pas de spasme. Cæcum dilaté. Point douloureux au niveau du bord interne du cæcum. Le malade se plaignant surtout lorsque l'on mobilise le cæcum sous l'écran.

Intervention le 1^{er} octobre 1927 (Dr Gaume).

Ablum d'un appendice libre qui semble peu malade.

Épiploite du bord droit du grand épiploon. Résection de cette partie de l'épiploon.

Suites opératoires :

Le 22 octobre 1927. Examen des selles : Nombreux œufs de Trichocéphales.

Revue le 10 novembre a eu 3 nouvelles crises depuis l'opération. On donne un traitement.

1^o antispasmodique (Bronyl).

2^o Désinfection urinaire (Huile de Harlem)

3^o Antihelminthique (Carbonate de Bismuth par voie buccale et par lavement).

Revue le 10 décembre 1927 n'a pas eu de nouvelles crises depuis un mois.

Dernières nouvelles en mars 1928 le sujet allait tout à fait bien, il n'a plus eu ni hématurie, ni crise douloureuse.

OBSERVATION VI

(D^r Gaume).

Mme Marcelle M... 34 ans.

Entre à l'hôpital en se plaignant de douleurs lombaires bilatérales, avec maximum du côté droit depuis trois ans.

Ces douleurs sourdes, presque continues, réveillées par la station debout, gênent et fatiguent la malade. En dernier lieu, elles deviennent si fortes, qu'elles l'empêchent de marcher longtemps ; lorsqu'elle monte son escalier, arrivée en haut elle reste penchée en avant, sans pouvoir se redresser.

La malade n'accuse pas de douleurs abdominales spontanées.

Il n'y a ni vomissements, ni troubles digestifs, ni constipation, ni diarrhée ; les urines sont claires, pas de troubles urinaires, les annexes normales, un peu de métrite avec règles abondantes, parfois tous les quinze jours.

L'examen montre un rein droit palpable légèrement abaissé ; il est sensible à la palpation.

F. Raymond D.

La douleur provoquée est maximum au point de Mac Burney et dans la région para-ombilicale droite.

Pas de fièvre, température normale.

Dans les antécédents, on ne relève qu'une crise d'appendicite aiguë à l'âge de dix-huit ans (il y a seize ans.)

L'examen radioscopique de l'intestin, après lavement opaque, permet de localiser la douleur au point d'implantation de l'appendice et le long du bord interne du cæcum.

Opération le 31 mai 1927 : Appendice rétro-cæcal noyé dans des adhérences, ablation, enfouissement du moignon, catgut 00, fermeture sans drainage ; levée au 8^e jour.

Elle sort avec douleur lombaire déjà calmée.

La malade a été revue en octobre 1927, puis de nouveau en mai 1928 elle est guérie et ses douleurs ont complètement disparues depuis son opération.

OBSERVATION VII

(D^r Gaume).

M. S..., Jean, 25 ans, facteur.

Le malade nous est envoyé de l'hôpital Laënnec en juin 1927 pour cystite.

Ce malade aurait eu en 1926 une maladie étiquetée paratyphoïde, l'ayant obligé à rester couché vingt jours, avec température à 39. Il aurait continué à souffrir quelque temps au niveau de son hypochondre droit, douleur haut située ;

Après une période de calme ces douleurs sont réapparues en mars 1927. Un mois et demi après apparaît un nouveau symptôme, ce sont des douleurs au niveau de la face interne de la cuisse droite, avec irradiation au genou.

Le malade souffre d'autre part de la région lombaire droite. L'ensemble de ces douleurs devient suffisamment intense pour l'empêcher de marcher et d'exercer sa profession de facteur.

Il est hospitalisé dans un service de médecine de l'hôpital Laënnec où il lui est fait une radiographie de la hanche, et où il est soigné près d'un mois, sans succès, par le salicylate de soude.

A ce moment le malade se plaint de quelques douleurs en urinant, il a du pus dans les urines, et est envoyé à Necker.

Le malade entre le 23 juin ; l'examen histo-bactériologique de ses urines nous montre la présence de pus et de nombreux staphylocoques. Il a un peu de fièvre, sa température oscille autour de 38°.

L'examen fonctionnel montre un trigone légèrement congestionné, avec O. U. gauche légèrement congestionné et béant, vessie saine par ailleurs.

La pyéloscopie droite montre un bassinet normal et s'évacuant normalement. L'échantillon du rein droit contient de nombreux staphylocoques.

Le malade se plaint surtout de douleurs lombaires droites et d'irradiations douloureuses dans le domaine du plexus lombaire du même côté. Il a un peu de sensibilité au point de Mac Burney, sans défense locale.

L'association de ce signe aux douleurs dans le domaine du plexus lombaire, nous fait penser à l'appendicite rétro-cæcale. Un examen radiologique de l'intestin par lavement montre un cæcum dilaté, avec point douloureux net au niveau de sa base.

Opération le 9 juillet 1927. Gros appendice, long de 10 cen-

timètres en position rétro-cæcale et enfoui au milieu d'adhérences. Extériorisation après décollement du cæcum, ablation de l'appendice, enfouissement du moignon, fermeture sans drainage.

Disparition des douleurs de la jambe droite, immédiatement après l'intervention ; le malade sort le 9^e jour, avec des urines claires.

Il est revu dans les premiers jours d'octobre, il a des urines claires et a repris son métier, cependant depuis quelques jours, il souffre de nouveau dans la région lombaire droite ; le malade dit d'ailleurs que quoique très atténuées, ses douleurs lombaires n'ont jamais complètement disparues depuis son opération. Les douleurs de la jambe droite étant réapparues puis un abcès de la gaine du psoas s'étant montré, il lui est fait, en février 1928 une radio de la colonne vertébrale, qui montre un affaissement du disque 11-12^e dorsale et une lésion légère du corps de la 11^e dorsale. Il entre alors dans un service de chirurgie, où on lui fait une greffe d'Albée pour mal de Pott. Ce malade revu récemment n'a plus jamais fait de troubles urinaires depuis l'ablation de son appendice.

OBSERVATION VIII

(Dr Gaume).

M. Blaise L..., 36 ans.

Le malade entre d'urgence à l'hôpital le 7 septembre 1925, pour une rétention d'urine par caillots.

Ce malade se plaint depuis quinze jours d'envies fréquentes d'uriner et d'une hématurie légère.

Il est sondé avec la sonde métallique. Les caillots évacués, la rétention d'urine cesse.

Trois jours après, nouvelle hématurie, puis en quelques jours, tout rentre dans l'ordre et depuis il n'a jamais eu de sang dans ses urines.

Le malade se plaint en outre de douleurs lombaires droites, qui à ce moment n'attire pas l'attention.

L'examen cystoscopique le 16 septembre montre une cystite congestive, avec œdème de l'O. U. droit. Le cathétérisme urétéral nous montre la présence de nombreux colibacilles dans les deux échantillons rénaux ; le rein droit semble en déficience fonctionnelle légère par rapport au rein gauche ; la concentration d'urée au litre est de 6 à droite, 10 à gauche.

Le malade sort au début d'octobre 1925, avec le diagnostic de pyélonéphrite à colibacilles et l'on décide de le traiter par auto-vaccino-thérapie.

Première série d'auto-vaccin entre le 19 octobre et le 2 novembre.

Le 6 novembre, à la fin du traitement l'examen histobactériologique des urines nous montre encore la présence de rares colibacilles, les urines sont sensiblement claires.

Le malade continue à prendre quelques désinfectants urinaires, uraseptine, huile de Harlem ; il est revu le 16 décembre avec des urines claires et des signes vésicaux complètement calmés.

Le malade revient le 28 mai 1926, il a des urines troubles, mais l'examen nous montre qu'il s'agit de phosphaturie, et ne montre pas la présence de colibacilles.

Il revient en juin 1927, il a encore de temps en temps

quelques troubles vésicaux, un peu de douleur en urinant et des urines troubles, mais insuffisants pour le décider à venir à l'hôpital.

Le jour de notre examen il se plaint de douleurs gastriques, de météorisme après les repas, de constipation chronique.

Après interrogatoire, il nous dit souffrir surtout de la région lombaire droite et également un peu du ventre, mais sans préciser ; ces douleurs existaient déjà depuis quelques temps lors du premier séjour du malade à l'hôpital. Elles s'exagèrent surtout par la fatigue et le soir. Pas de vomissements.

L'examen nous montre de la sensibilité au niveau du point de Mac Burney, avec maximum douloureux plus haut situé, para-ombilical droit.

L'examen radiologique de l'intestin montre que ces points douloureux correspondent à la région appendiculaire et au bord interne du cæcum.

Opération le 24 juillet 1927 : Extériorisation du cæcum et retournement ; appendice rétro-cæcal noyé dans des adhérences, à aspect très inflammatoire, congestionné et saignant facilement. Ablation, enfouissement du moignon au catgut oo ; fermeture sans drainage ; suites opératoires normales.

Le malade est revu en janvier 1928, les douleurs lombaires ont complètement disparu, il n'a pas eu de troubles urinaires depuis six mois. Il persiste de temps en temps un peu de constipation et un météorisme abdominal léger, par crises rares.

OBSERVATION IX

(Dr Gaume).

Mme V..., 43 ans.

Cette malade vient consulter pour des douleurs lombaires et des hématuries durant depuis dix-huit ans.

On relève dans ses antécédents personnels :

Réglée à 18 ans.

En 1907, hystérectomie pour salpingite à l'hôpital Cochin.

En 1908, crise de colique néphrétique droite, ayant nécessité quinze jours de repos à l'hôpital Necker et s'étant accompagnée de phénomènes vésicaux et d'hématuries.

Depuis cette première crise, elle a toujours souffert deux à trois crises par an ; en 1918 nouveau séjour à l'hôpital Necker, puis augmentation progressive de la fréquence des crises au point que :

Depuis deux ans, des douleurs lombaires continues, obligent la malade à cesser tout travail, et à passer sa vie sur une chaise longue. Elle a en outre une hématurie tous les quinze jours, accompagnée ou non de phénomènes de cystite.

Chacune de ces crises se caractérise par une augmentation des douleurs lombaires droites. En crise aiguë ces douleurs sont bilatérales, mais avec maximum droit.

Ces crises s'accompagnent toujours d'une hématurie importante avec caillots durant quelques jours, et quelquefois de troubles vésicaux (un peu de polakiurie, cinq à six fois la nuit). Tout rentre dans l'ordre en quelque jours.

En dehors des crises, la malade ne se souvient pas avoir

eu des urines troubles. Mais elle continue à souffrir de douleurs lombaires, qui augmentent rapidement lorsqu'elle est longtemps debout, ou même longtemps assise, et l'obligent elle, femme d'ouvrier, à rester allongée la plupart du temps.

La malade n'a jamais souffert de l'abdomen, elle n'a jamais eu de crises nette d'appendice aiguë, elle pense d'ailleurs que son appendice a été enlevé en 1907, en même temps que son utérus.

Le 26 octobre 1927, l'examen nous montre une malade très amaigrie très anémiée. Elle n'a pas actuellement de troubles urinaires et ses urines sont parfaitement claires.

Elle souffre dans la région lombaire droite, mais le rein n'est pas augmenté de volume ne nous semble pas spécialement douloureux ; il y a un maximum net de la douleur, au point de Mac Burney.

La malade est une constipée habituelle, mais elle ne se laisse pas constiper, car elle a remarqué, que le fait de ne pas aller plusieurs jours de suite à la selle déclenchait une crise de cystite.

Elle a de temps à autre des vomissements bilieux, pas de troubles gastriques habituels, elle n'a pas actuellement de fièvre, mais en a habituellement au début de ses crises.

Les explorations des voies urinaires n'ont rien donné chez elle, l'examen fonctionnel montre une vessie saine, O. U. gauche normal, le droit allongé et un peu rouge, rares cellules, pas de pus, pas de microbes dans les échantillons recueillis, riens d'une valeur sensiblement égale.

La pyéloscopie droite montre un bassinnet de forme, dimensions et motricité normales.

L'examen radiologique de l'intestin par lavement montre un spasme du côlon gauche, un cæcum gros et fixe, à base douloureuse.

Opération le 4 novembre 1927 : Extériorisation du cæcum, ablation d'un appendice rétro-cæcal enfoui dans des adhérences et dont la pointe semble remplie de pus.

Enfouissement du moignon, catgut 00, péricolite du cæcum et du côlon ascendant, une grosse bride passe en avant du cæcum, libération. L'épiploon est sain, la vésicule biliaire normale, fermeture de la paroi, sans drainage.

Suites opératoires normales, la malade s'en va au 15^e jour en bon état avec un traitement pour sa colite.

Examen de l'appendice (D^r Verliac). — Appendice court et épais, à pointe dure et mince ; la pointe paraît oblitérée. Aux différents étages, atrophie glandulaire extrême, indiquant des lésions chroniques incontestables.

Nous avons reçu de ses nouvelles en mai 1928, six mois après son opération, elle n'a eu depuis ni entérite, ni vomissements, ni hématuries. Une seule crise de cystite légère en avril ayant duré trois jours, mais même pendant cette crise, elle n'a plus jamais souffert du rein droit. Elle écrit : « Je ne souffre plus des reins et peux passer des après-midi entières à coudre sans ressentir cette forte douleur au rein droit, qui m'avait forcée à quitter la maison de paquetage, dans laquelle j'étais employée. »

Cette malade n'a d'ailleurs repris qu'une activité réduite, étant atteinte d'une paralysie infantile du membre inférieur gauche, qui se serait aggravée ces temps derniers et pour laquelle elle suit un traitement électrothérapique.

OBSERVATION X

(Dr Gaume).

M. Léopol B..., 44 ans.

On relève dans les antécédents de ce malade.

En 1907, une crise d'appendicite aiguë franche, durée quinze jours.

En 1919, crise de douleurs lombaires droites très violentes, obligeant le malade à rester couché, en même temps légères douleurs abdominales para-ombilicales droites, fièvre entre 38° et 39°, pas de vomissements, durée huit jours.

Depuis cette époque, le malade se plaint de douleurs lombaires sourdes qu'il localise sur la ligne médiane, elles apparaissent surtout lorsqu'il se fatigue, lorsqu'il reste longtemps baissé (il est emballleur) il ne peut se redresser qu'avec peine.

En novembre 1926, apparaissent quelques phénomènes de cystite, avec urines troubles, contenant un peu de sang, sous forme de petits caillots. Il n'a jamais eu de grandes hématuries totales.

Ces phénomènes se calment, puis reprennent plus violents en février 1927. Il est vu pour la première fois le 20 mars 1927. A ce moment, l'examen histo-bactériologique des urines totales nous montre quelques cellules, de nombreux polynucléaires, et de nombreux staphylocoques.

La cystoscopie montre quatre orifices urétéraux ; deux à gauche, le supérieur est cathétérisé jusqu'en haut, dans

l'inférieur on butte à 3 centimètres, ces deux orifices semblent sains.

A droite, deux orifices, le supérieur cathétérisé jusqu'en haut est normal, l'inférieur malade, entouré d'une zone d'œdème n'est pas cathétérisable, vessie saine par ailleurs.

Le malade est mis au traitement banal, par les antiseptiques urinaires huile de Harlem, boissons abondantes.

Il est revu un mois après, les phénomènes vésicaux sont calmés, les urines claires ne contiennent plus de microbes.

Bientôt après, les urines sont redevenues franchement troubles, mais le malade n'ayant pas souffert cette fois de la vessie, ne peut pas préciser exactement quand, et tout d'abord ne s'en est pas inquiété.

Au mois de juin 1927, le malade est resté couché dix jours pour une crise fébrile entre 39° et 40° ; cette fois-ci sans douleur lombaire, le diagnostic porté par son médecin traitant a été celui de grippe.

Au début de novembre 1927, nouvelle crise fébrile, 38° et 39°, durée huit jours et quelques jours après, nouvelle crise de cystite et le malade revient nous voir.

Cette fois-ci il se plaint de douleurs diffuses du côté gauche, la pyéloscopie de ce côté montre un bassin normal.

Deux jours après, nouvelle crise fébrile, 39° 40°, qui se calme en quelques jours.

La palpation de l'abdomen nous révèle à ce moment à gauche un spasme du sigmoïde nettement perceptible et douloureux, à droite un point douloureux, net, para-ombi-

lical, un peu au-dessus du point de Mac Burney, pas de défense musculaire locale.

L'examen des urines totales donne la formule suivante : nombreuses cellules, nombreux polynucléaires, nombreux colibacilles, quelques staphylocoques.

Le malade n'est pas un constipé habituel.

Six jours après la fin de sa crise, nouvelle crise fébrile, 40°, tout rentre dans l'ordre en quatre jours, sous l'influence de la glace sur le ventre.

16 décembre, radioscopie du gros intestin. Le lavement est arrêté par le spasme du sigmoïde, impossible de monter, le malade reçoit une piqûre d'atropine et un suppositoire belladonné, le lendemain, nouvel examen. Le malade a pris par la bouche 200 grammes de gélobarine la veille, le côlon est normalement rempli, pas de stase, la zone douloureuse de la fosse iliaque droite correspond à la base du cæcum.

Opération le 20 décembre, appendice rétro-cæcal caché sous un voile d'adhérences, unissant les 5 derniers centimètres du grêle au cæcum, le grêle est ainsi coudé au niveau de sa partie terminale. L'appendice, long de 10 centimètres est coudé en son milieu et le coude, fixé profondément à la face postérieure du cæcum, sa pointe seule est visible. Extériorisation du cæcum, après décollement, ablation de l'appendice, enfouissement du moignon, catgut 00, libération de la terminaison du grêle, fermeture de la paroi sans drainage, suites opératoires normales.

Au moment de sa sortie vers le 1^{er} janvier, les urines contiennent encore quelques colibacilles.

Le malade a donné de ses nouvelles vers le 15 février,

disparition complète des douleurs lombaires, pas de nouvelle crise et urines parfaitement claires.

OBSERVATION XI

(D^r Ganme).

Mlle Etiennette L..., 23 ans, infirmière.

Cette malade est entrée dans le service le 20 décembre 1927 pour douleurs lombaires droites et pyélonéphrite à colibacilles.

La malade a eu il y a deux ans une première crise de cystite guérie rapidement.

En septembre 1927, apparaissent quelques douleurs lombaires droites, bas situées, mais peu gênantes et ne l'ayant pas incitée à venir consulter.

Depuis cette époque, règles peu abondantes et douloureuses.

Au début de novembre 1927, nouvelle crise de cystite à colibacilles, 4 injections sous-cutanées d'un stock-vaccin, sans amélioration.

Le 8 décembre, très violente crise douloureuse dans la région lombaire, douleurs d'abord bilatérales, puis se localisant à droite, en même temps, fièvre et constipation opiniâtre.

La malade a eu une hématurie légère au cours de cette dernière crise.

Le 23 décembre, l'examen fonctionnel montre l'existence d'une pyélonéphrite double à colibacilles. Reins fonctionnellement équivalents, concentration d'urée au litre, 11 à droite et 9 à gauche.

Cette malade a une température qui oscille autour de 38°, le 29, elle monte même jusqu'à 39°5.

L'examen nous montre de la douleur au point de Mac Burney et nous apprenons qu'elle souffre un peu de la région, par intermittence depuis un an et demi elle n'a jamais eu de crises d'appendicite aiguë franches.

L'examen radiologique de l'intestin par lavement nous montre l'existence d'une zone douloureuse nette au niveau de la base et du bord interne du cæcum, avec un peu au-dessus une zone de contractions étiquetée spasme ou bride.

Opération le 3 janvier 1928. Incision Jalaguier; appendice rétro-cæcal, coudé et fixé par des adhérences, ablation enfouissement au catgut 00, fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales, la malade sort le 12^e jour, ne souffrant plus, avec des urines claires et ne contenant plus de microbes (vérifications bactériologique).

Revue un mois après en parfait état.

Examen de l'appendice (D^r Verliac). — Petit appendice présentant en ses différents points tous les stades de l'oblitération depuis l'appendice large, à parois minces, avec atrophie glandulaire, lymphoïde et sclérose sous-muqueuse irrégulièrement répartie, jusqu'à l'appendice totalement oblitéré; sur toutes les coupes atrophie glandulaire et sclérose sous-muqueuse très accentuée.

OBSERVATION XII

(D^r Gaume).

M. Jean Le Que..., 28 ans.

Entré dans le service le 20 mai 1927 pour pyélonéphrite à colibacilles.

Mictions fréquentes et un peu douloureuses, urines contenant du pus et de nombreux colibacilles, hématurie légère quatre jours par semaine, en mars, avril, mai 1927.

Douleurs lombaires droites dès le début : au moment des crises, température oscillant entre 39° et 40°.

Examen fonctionnel le 27 mai 1927 montre une légère congestion du trigone avec O. U. normaux, nombreuses cellules, nombreuses hématies, pas de microbes dans les deux échantillons rénaux, alors qu'il y a du colibacille dans les urines totales.

Il lui est fait 6 piqûres d'Uroformine intra-veineuse qui ont pour effet de ramener la température à la normale sans toutefois clarifier les urines.

Le malade sort le 7 juin, avec le traitement habituel huile de Harlem, boissons abondantes.

Le 24 juillet, nouvelle crise de douleurs abdominales avec urines troubles et pour la première fois, cystite légère, durée huit jours.

En août, nouvelle crise de cystite et de douleurs abdominales, durée dix jours, de même en octobre.

Revu au début d'octobre, les urines sont troubles, mais se clarifient rapidement sous l'influence des antiseptiques urinaires.

Chacune de ces crises douloureuses abdominales dure en général de trois à quatre jours et se caractérise par des douleurs d'abord para-ombilicales, puis s'étendant au côté droit de l'abdomen. Ce sont des douleurs continues avec coliques ; à chaque fois, élévation thermique, 40, 41, pas de vomissements. Douleurs lombaires droites et le plus souvent crise de cystite.

On ne retrouve pas de crise d'appendicite aiguë dans ses antécédents. Il a eu des parasites intestinaux : ascaris.

Il a eu une jaunisse il y a trois ans ayant duré deux mois.

Au moment de l'examen le malade présente un maximum de douleur au point de Mac Burney.

Le 26 novembre, une radiographie de l'intestin montre fixité et douleur de la base du cæcum.

Le diagnostic d'appendicite rétro-cæcale est posé, l'opération conseillée, mais non acceptée.

Le malade se porte assez bien pendant trois mois, mais en février 1928, il est repris d'une violente crise douloureuse abdominale avec vomissements et fièvre, qui cette fois dure plusieurs jours ; il entre à l'hôpital le 11 février, fièvre 39°, douleur de la fosse iliaque droite, sans défense musculaire, les urines d'abord claires deviennent franchement purulentes deux jours après, et contiennent alors de nombreux colibacilles.

Opération le 16 février, appendice rétro-cæcal très adhérent ; la pointe semble remplie de pus, ablation, enfouissement du moignon, catgut 00, fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales, le malade sort le 15^e jour ne souffrant plus de l'abdomen, mais ayant encore des urines troubles.

Un nouvel examen fait au mois de mars montre des urines parfaitement claires sans microbes.

Le malade est revu au mois de juin, il n'a plus eu de crise fébrile, ni de troubles urinaires depuis son opération et se porte parfaitement bien.

Examen de l'appendice (D^r Verliac). — Appendice petit, très épais, avec grosse réaction fibro-graisseuse dans sa

moitié inférieure. Appendice très altéré, en voie d'oblitération. Légère sclérose sous-péritonéale, très épaisse couche musculaire, en dedans très nombreux vaisseaux à paroi épaisse entourée de tissus fibreux, puis un tissu conjonctif où se mêlent des nappes lymphocytaires, tissu recouvert en dedans par une couche épithéliale basse.

En certains points, restes de glandes saillant dans la cavité appendiculaire très atrophiée, il n'y a pas de follicules. En un point de la sous-muqueuse, une petite masse (débris de glandes ou de contenu intestinal) est encerclée de cellules à noyaux multiples.

OBSERVATION XIII

(D^r Gaume)

M. Joseph R..., 26 ans.

Le malade entre dans le service pour des douleurs lombaires et des hématuries.

Il a eu sa première hématurie le 3 janvier 1918, assez abondante, les urines teintées de sang à chaque miction. Il continue à avoir tantôt les urines claires, et tantôt des urines sanglantes, jusqu'au 14 janvier ; aucun autre signe fonctionnel urinaire, pas de troubles vésicaux.

Le malade se plaint en outre de douleurs lombaires droites et de douleurs sourdes qu'il localise profondément dans sa fosse iliaque droite.

Ces douleurs sont apparues en même temps que l'hématurie, mais persistent après elle, elles sont continues, plus ou moins marquées suivant les jours.

Pas de troubles fonctionnels de l'intestin, selles normales, état sub-fébrile, 38°.

F. Raymond D.

Rien à signaler dans les antécédents de ce malade, si ce n'est une crise d'appendicite aiguë à l'âge de 8 ans.

L'examen montre un gros cæcum gargouillant, avec maximum de douleur au point de Mac Burney, pas de douleur provoquée lombaire, le rein droit n'est pas perçu.

Le 6 février, cystoscopie montre une vessie saine. O. U. droit très entr'ouvert ; O. U. gauche normal.

Echantillons recueillis des deux côtés donnent la même formule, nombreuses cellules, nombreuses hématies, pas de pus, pas de microbes.

Une pyéloscopie droite est pratiquée, elle montre un bassin de forme et de dimensions normales, et qui s'évacue normalement.

L'examen radiologique de l'intestin le 10 février montre un cæcum dilaté, très bas situé dans la fosse iliaque droite, avec un point appendiculaire douloureux.

L'opération proposé à ce moment n'est acceptée qu'un mois après devant la récrudescence de la fièvre et des phénomènes douloureux, pas de nouveaux troubles urinaires.

Opération le 6 mars 1928 : appendice rétro-cæcal très long, coudé en deux points, l'extrémité enroulée est enfouie sous des adhérences et semble suppurée, la moitié terminale de l'appendice est atrophiée. Ablation, enfouissement du moignon catgut 00, fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales, sortie le 10^e jour.

Revu depuis, a encore un peu de constipation et de météorisme abdominal, il s'agit d'une légère crise de côlite, tout rentre dans l'ordre en quelques jours.

Nous avons reçu de ses nouvelles fin avril 1928, le malade

se déclare complètement guéri et n'a refait de nouveaux troubles urinaires.

Examen de l'appendice (D^r Verliac). — Appendice complètement oblitéré, la couche musculaire est très visible, mais en dedans d'elle on aperçoit du tissu graisseux et fibreux. Le centre est occupé suivant les points par un nodule fibreux étoilé ou par un amas lymphocytaire sans follicules.

OBSERVATION XIV

(D^r Gaume)

Mlle Yvonne Ch..., 29 ans.

La malade se plaint de crises douloureuses abdominales datant de l'enfance.

Depuis trois ou quatre ans ces crises douloureuses se répètent plus fréquemment, elle en a environ trois par an, durant trois ou quatre jours et souvent une plus importante durant quinze jours.

Chaque crise se caractérise par de la migraine, de la fièvre à 40°, des douleurs lombaires droites et des douleurs abdominales diffuses, avec maximum à droite.

Pendant la crise, elle est tantôt constipée, tantôt diarrhéique, pas de vomissements, ses urines sont troubles à chaque crise depuis trois ans; mais n'ont jamais été examinées au point de vue histo-bactériologique.

En dehors des crises elle est constipée depuis un an, elle a des nausées le matin en s'éveillant; de fréquentes coliques, sans selles et du météorisme abdominal, un peu de douleur diffuse dans le ventre de temps en temps.

Elle a eu des règles très douloureuses entre 16 et 22 ans.

Le 23 avril 1928, apparaît pour la première fois un signe

nouveau, une hématurie de moyenne abondance, qui dure de deux à trois jours et des troubles de cystite, pollakiurie, diurne et nocturne, douleurs à la miction, urines troubles,

Le lendemain se reproduit la crise douloureuse abdominale habituelle.

Elle vient consulter le 30 avril, huit jours après le début des accidents et l'examen montre dans les urines, la présence de pus et de nombreux colibacilles.

Examen radiologique de l'intestin montre un cæcum fixé avec douleurs au point d'implantation de l'appendice.

Après une nouvelle crise le 7 mai, d'une durée de quelques jours, elle est opérée le 23 mai 1928.

On trouve un appendice retro-cæcal, long de 12 centimètres, coudé en son milieu, le coude fixé profondément par des adhérences. L'extrémité gonflée semble remplie de pus, ablation, enfouissement du moignon au catgut 00, fermeture sans drainage.

Suites opératoires normales, elle sort le 1^{er} juin, et l'examen pratiqué ce jour montre encore dans ses urines présence de rares polynucléaires et de quelques colibacilles.

Revue le 18 juin, urines parfaitement claires, sans microbes, plus de douleurs lombaires et abdominales.

Examen de l'appendice (Dr Verliac). — Appendice gros, congestionné, plein de pus, il est distendu, atrophie glandulaire, infiltration polynucléaire de la surface, lymphatique sous-séreux bourré de leucocytes, contenu formé uniquement de polynucléaires. Follicules et péri-folliculite.

Conclusions. — Lésion ancienne, caractérisée surtout par l'atrophie glandulaire et lésion récente, caractérisée par l'infiltration polynucléaire et la réaction lymphatique.

ASPECT CLINIQUE

Les formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale vont donc se présenter cliniquement sous des aspects variables. Trois grands types vont cependant pouvoir s'individualiser suivant que le sujet apparaît au premier examen comme présentant :

Des douleurs lombaires,

Une pyélonéphrite,

Une hématurie.

I. — Formes douloureuses.

Il s'agit d'une douleur lombaire, parfois bilatérale mais toujours maxima du côté droit. Douleur sub-continue, exacerbée par crises, toujours nettement provoquée par la palpation de la région lombaire. Un fait est intéressant à noter, c'est que le point douloureux classique de l'appendicite rétro-cæcale, en arrière, au-dessus de la crête iliaque et le long du bord externe du carré des lombes, nous a paru faire le plus souvent défaut.

Parfois cette douleur pourra revêtir d'autres aspects simulant la crise de coliques néphrétiques

avec ses irradiations caractéristiques vers les lombes, la cuisse, la région inguino-crurale.

En tous cas ces douleurs quelque soit leurs types peuvent présenter parfois une grande intensité et sont calmées immédiatement après l'appendicectomie.

Chez ces malades, lorsque l'examen méthodique de l'appareil rénal aura été négatif on devra accorder une grosse importance à l'étude des antécédents. On recherchera les troubles intestinaux, diarrhée, constipation, crise d'entéro còlite qui manquent rarement. On palpera la région du point de Mac Burney. Généralement on trouve un point douloureux qu'il faudra se garder de considérer comme un point douloureux urétéral. Naturellement toute crise appendiculaire antérieure devra être dépistée par l'interrogatoire étant donné sa valeur diagnostic.

II. — Formes hématuriques.

Ces formes semblent relativement fréquentes. Cette hématurie pourra être accompagnée d'autres signes urinaires : colibacillurie, douleurs lombaires, souvent elle est le seul symptôme observé. Il s'agit alors d'une hématurie rénale, c'est-à-dire totale, de plus ou moins grande abondance réalisant soit la classique hématurie moyenne, soit la petite hématurie ou l'urine apparaît simplement rosée et ou le diagnostic de certitude ne peut être fait qu'au laboratoire.

Ici encore un examen méthodique s'impose. Examen histobactériologique des urines qui permet d'éliminer la pyélonéphrite et la tuberculose. Examen radiologique (pyéloscopie, pyélographie) qui permet à coup sûr d'éliminer les tumeurs du rein et du bassinet. Examen fonctionnel qui montre une intégrité parfaite du parenchyme rénal.

En réalité c'est l'examen clinique et radiologique systématiques qui permettront de retrouver la douleur au niveau de l'appendice et de faire le diagnostic.

III. — Formes à type de pyélonéphrite.

Elles sont également fréquentes. Il s'agit de sujets présentant les signes classiques de la pyélonéphrite avec sa douleur, ses troubles de la miction, parfois de la cystite et toujours des signes nets à l'examen histo-bactériologique des urines. Ces formes sont parfois améliorées par le traitement banal avec des antiseptiques urinaires, mais toujours la pyélonéphrite ou la colibacillurie récidive et récidive jusqu'à l'appendicectomie seule curatrice.

Cette forme peut d'ailleurs s'accompagner d'élévation thermique à 40°. C'est là un signe de grande valeur dans les cas qui nous occupent. En effet la pyélonéphrite chronique banale, peut donner une élévation thermique aux environs de 38°. Le crochet thermique correspond à une crise de rétention et

cède au cathétérisme urétéral. Mais, cette cause éliminée, toute élévation thermique à 40° avec douleurs lombaires dans la pyélonéphrite chronique doit faire penser à l'appendicite rétro-cæcale et la faire rechercher.⁵₁₇

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale va donc se présenter de la façon suivante dans la pratique courante :

Il s'agit de crises successives de pyélonéphrite. Ces signes attirent seuls l'attention, les signes appendiculaires sont entièrement cachés.

On pratiquera d'abord un examen complet des voies urinaires avec cathétérisme urétéral et pyéloscopie du côté injecté. C'est ainsi que l'on éliminera toute cause locale d'entretien de cette pyélonéphrite et que l'on rejettera les diagnostics de : rétention rénale ou vésicale, tuberculose ou calcul du rein, polype vésical.

Toutes ces causes étant rejetées on recherchera la cause d'entretien de cette pyélonéphrite du côté de l'intestin étant donnée la grande fréquence du syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer. Or l'appendicite rétro-cæcale étant une des causes les plus fréquentes, à notre avis, de ce syndrome, on pratiquera l'examen de la région appendiculaire avec le plus grand soin.

S'il s'agit d'une hématurie monosymptomatique

le diagnostic sera également délicat. Si l'hématurie est douloureuse, si elle est apparue à la suite d'un effort, d'un voyage, d'une fatigue quelconque on pensera d'abord à la lithiase rénale et tous les examens cliniques et radiologique (radiographie, pyéloscopie) seront pratiqués dans ce but.

Si au contraire l'hématurie est peu douloureuse ou indolente, c'est tout le diagnostic des hématuries rénales qui se discute. L'examen clinique complet permettra d'éliminer les 3 grandes causes d'hématurie rénale, à savoir : le cancer, la tuberculose, la lithiase rénale. On saura également éliminer les causes moins importantes telles que hématuries des pyélonéphrites, du rein mobile, du rein polykystique. Mais avant d'aboutir au classique diagnostic de néphrite hématurique qui cache souvent une ignorance plus ou moins réelle de la cause de l'hématurie on pensera à pratiquer un examen systématique de l'intestin et de la région appendiculaire.

Quant aux formes douloureuses, leur diagnostic est encore plus délicat. En présence de douleurs lombaires le problème se pose de savoir s'il s'agit d'une affection rénale, appendiculaire, cœlitique ou vertébrale.

D'une façon générale la douleur d'origine rénale apparaît comme étant en rapport avec un spasme du bulbe urétéral. Dans la cœlique néphrétique c'est ce spasme qui est douloureux et non la migration du calcul, ainsi que l'ont montré les travaux récents de MM. Legueu et Fey. De même dans le rein mo-

bile il n'y a de phénomènes douloureux que si la ptose entraîne un spasme urétéral. On voit donc l'intérêt chez ces malades de pratiquer une pyéloscopie qui permettra de faire le diagnostic d'intégrité de l'appareil urétéral et d'orienter vers la région malade : l'appendice.

En conclusion, lorsque chez un malade souffrant du côté droit et se présentant comme un urinaire vrai, les examens de spécialité montreront l'intégrité de l'appareil urinaire ou devra penser à l'appendicite rétro cæcale et :

1^o Rechercher la douleur au point de Mac Burney c'est un signe qui est constant ;

2^o Pratiquer une radioscopie du côlon qui permettra d'une part d'éliminer les lésions non appendiculaires mais coliques ou épiploïques génératrices de troubles urinaires, et d'autre part de situer exactement le point douloureux.

Ces signes radiologiques de l'appendicite rétro-cæcale sont bien connus : ce sont 2 points douloureux.

Un point situé au-dessous de la valvule iléo-cæcale à la base d'implantation de l'appendice.

Un second point, situé au-dessus du précédent le long du bord interne du cæcum.

C'est en présence de ces signes cliniques et radiologiques nets que l'on sera en droit d'affirmer l'appendicite rétro-cæcale et de pratiquer l'intervention.

En effet, il ne faut pas vouloir accorder aux formes

urinaires de l'appendicite rétro-cæcale une importance exagérée. Certaines erreurs ne doivent pas être commises. Comme nous l'avons vu, une épiploïte, une côlite, une ptose de l'angle colique droit peuvent également donner lieu à des syndromes de pyélonéphrite, de douleurs lombaires ou à des hématuries. Dans ces cas, l'appendicectomie ne serait pas curatrice et il faudra savoir indiquer alors un traitement approprié qui permettra la guérison. On le voit, l'appendicite rétro-cæcale ne résume qu'une partie des causes étiologiques qui donnent naissance à des troubles urinaires et nous n'avons eu en vue qu'une partie de cette question.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale. Ces formes souvent délicates à diagnostiquer sont importantes à connaître du fait de leur fréquence relative.

II. — Les formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale se présentent sous de multiples aspects, il faut savoir les dépister derrière une hématurie, une pyélonéphrite, une colibacillurie ou même de simples douleurs lombaires.

III. — Le diagnostic repose essentiellement sur :

α) Un examen de spécialité urinaire ne montrant aucune lésion nette de l'appareil urinaire pouvant expliquer les troubles observés ;

β) L'existence d'un point douloureux net dans la région de Mac-Burney ;

γ) L'existence des signes radiologiques nets d'appendicite rétro-cæcale.

IV. — Les formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale sont curables uniquement par l'appendicectomie.

V. — Les formes urinaires de l'appendicite rétro-cœcale ne résument qu'une partie des troubles urinaires d'origine intestinale ou épiploïque et devront être différenciées de ces affections justiciables d'un autre traitement.

Vu : le Président de la thèse,
LEGUEU.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Achard (H. P.).* — Néphrites et Pyélo néphrites d'origine intestinale. Syndrome entéro-rénal (d'après M. Heitz-Boyer) (Journal méd. et chirurgie pratique, 10 mars 1920).
- Bouvier.* — La forme hématurique du syndrome entéro-rénal. Thèse Paris, 1924.
- Bérard et Vignard.* — L'appendicite, 1 vol. Masson, 1914.
- Chrelitzer.* — Cité par Laquierre dans sa thèse.
- Granville Mac Govau.* — Cité par Laquierre dans sa thèse.
- Castaigne (Debove. Achard. Castaigne).* — Maladie des reins.
- Dieu la foy.* — Phlegmons périnéphrétiques d'origine appendiculaire (Manuel de Pathologie interne).
- Fayol.* — L'Hématurie dans les diverses formes d'appendicite. Thèse de Lyon 1913.
- Gaume.* — Formes urinaires pures de l'appendicite rétro-cæcale (Archives urologiques de Necker, 1929).
- Gayet.* — Pyélonéphrite d'origine appendiculaire.
- Guyonneau.* — Troubles urinaires dans l'appendicite. (Thèse Bordeaux, 1912.
- Heitz-Boyer.* — Syndrome entéro-rénal (Journal médical français, mai 1922.)
- Laroche (Guy).* — Les formes urinaires de l'appendicite chronique (Paris médical, 1924).
- Laquierre.* — Rapports du rein droit et de l'appendicite du point de vue pathologique. Thèse Paris, 1926.

Legueu. — Hématuries et appendicite.

— Traité d'urologie.

Leroy. — Hématuries urétéro-rénales et appendicite. Thèse Lille, 1913.

Lecène. — L'incision postérieure sus-iliaque dans certaines formes d'appendicite (Journal Chirurgie, 1921).

Marion. — Traité d'urologie.

Nové-Josserand et Fayol. — Contribution à l'étude de l'hématurie au cours des diverses formes d'appendicite (Journal d'urologie, févr. 1914).

Proust. — Un cas de pyélonéphrite d'origine appendiculaire (Bulletin Société chirurgie de Paris, 4 mars 1913. Rapport de M. Walther, 21 juillet 1914).

Walther. — Rapport sur un cas de pyélonéphrite appendiculaire (Société de chirurgie de Paris, 15 juillet 1914).

